

Does bipartite return-to-work policy work?: An evaluation based on stakeholder's experiences in a Canadian healthcare setting

Citation for published version (APA):

Maiwald, K. (2014). Does bipartite return-to-work policy work?: An evaluation based on stakeholder's experiences in a Canadian healthcare setting. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. <https://doi.org/10.26481/dis.20140521km>

Document status and date:

Published: 01/01/2014

DOI:

[10.26481/dis.20140521km](https://doi.org/10.26481/dis.20140521km)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Summary

The aim of the study was to investigate whether a bipartite agreed-upon return to work policy in a healthcare setting in Canada is experienced as successful by the stakeholders.

Return to work (RTW), or work reintegration after work disability (WD) with sickness absence, is considered necessary to support workers' health and social inclusion. The ambition is to provide inclusive support to assist as many people as possible who have a disability to participate in the work process in a beneficial, integrative and sustainable way. To prevent mild symptoms developing into more severe and permanent ones and to allow access to appropriate RTW support when receiving a medical diagnosis is regarded as crucial.

Several organizational policies, often referred to as disability management, which focuses on early intervention and includes both the employer and worker, have been developed. The aim of bipartite involvement in RTW policy formulation is to include the workplace and worker perspectives in the assumption that this results in policies that are more workable in practice.

A basic distinction in the policy process that is often made is that between agenda setting, policy formulation, policy implementation and policy evaluation. Our research centers on the implementation phase.

The healthcare sector workforce faces a higher risk for WD compared to other industries. In policy formulation in the healthcare sector in British Columbia (BC), Canada, various stakeholders (worker and employer representatives) are involved to enhance practicability. In this thesis the bipartite agreed-upon RTW policy, that was implemented in the healthcare sector in British Columbia, Canada, is evaluated.

A qualitative approach was chosen to be able to study the perspectives in-depth and in context. We examined stakeholders' perspectives and investigated this from a social constructivist view.

Our research questions focused on how the stakeholders experience the RTW policy and these were addressed in four studies:

- What are the various stakeholders' appreciations of the BC Healthcare RTW policy? (study 1)
- How are the workers experiencing their new role in work reintegration trajectories and to what extent do they appreciate the policy? (study 2)

- How are the employers, that is the frontline managers or supervisors, experiencing their new role in work reintegration trajectories and to what extent do they appreciate the policy? (study 3)
- How are the occupational health professionals, that is the disability management staff and trade union representatives, experiencing their new role in work reintegration trajectories and to what extent do they appreciate the policy? (study 4).

Chapter 2 presents the study on local stakeholders' (designers, deliverers, receivers) perspectives on RTW and the RTW practice in general. This study identified that stakeholders' perceptions of causes for work disability differ, as do their preferred strategies for prevention. Designers (those who formulated the policy at provincial and organizational level) proposed work-directed measures to change the workplace and work organizations, as well as individual-directed measures to change workers' behaviour. Deliverers (occupational health professionals) targeted individual-directed measures however receivers (workers) were mostly seeking work-directed measures. To assess how the intervention was working, designers sought a wide range of outcome measures. Deliverers focused on measurable outcomes targeted at reducing work time-loss. Receivers (workers) perceived that this intervention offered short-term benefits yet fell short in ensuring sustainable return-to work.

Because of the experienced short coming of the RTW policy in this small rural setting, in the second phase of this study we selected a large urban and considered provincial leading BC Healthcare setting, and analyzed how their perceptions influenced policy implementation.

Chapter 3 presents the study at another healthcare setting in BC, Canada, on how various workers (receivers) experienced RTW policy, in particular input in decision making processes in RTW planning. This study demonstrated that according to the workers the involvement procedures during policy making did not result in a better reintegration practice. Workers had difficulties to find their way on how to report in sick, struggled they were expected to think along at times when they could not oversee their illness and/or recovery trajectory and find they were not able to make RTW. Workers encountered a lack of recognition of experienced difficulties in RTW and find those who were expected to offer support tend to be non-supportive to adjust the plan. Over time, they felt being backed in a corner and did not feel in control of their reintegration trajectory.

The deliverers we distinguished in the first phase included occupational health staff and trade union representatives. It appeared however, that frontline managers also

played an important role as deliverer even though they have different tasks and responsibilities in the RTW process. Therefore, we made separate analyses for the frontline managers on the one hand and occupational health staff and trade union representatives on the other hand.

Chapter 4 presents a study on how a number of frontline managers or supervisors (deliverers) experienced RTW policy, in particular input in decision making processes in RTW planning. This study demonstrated that according to the frontline managers the formal RTW procedures did not comply with the work that managers had to do. For starters, it was found that the managers viewed themselves as a linchpin between the workplace and the worker. Nevertheless, in the phase of preparing a reintegration plan, the managers did not feel heard by the other stakeholders. In the phase of executing the reintegration plan, the managers wrestled with worker's unexpected limitations and struggled to get the plans adjusted to deal with unforeseen issues. Such issues were for example work stress, when work demands exceeded the worker's ability to cope or control on their own in service delivery and RTW. In turn, managers felt that they became overextended to make RTW of workers with incapacities possible. Over time, managers argued, they could not get blamed for poorly following the RTW plan and felt they could not meet RTW and healthcare objectives at the same time.

Chapter 5 presents a study on how different occupational health professionals, that is disability management staff and trade union representatives (deliverers), experienced RTW policy, in particular to bring varying worker and managers' perspectives forward; and on individual RTW plans. This study showed that giving everyone input in RTW planning insufficiently guaranteed that the plan was workable in practice according to the disability management staff and trade union representatives. These stakeholders experienced four main problems regarding RTW: 1) timing and content of physician' medical advice cannot be trusted as a basis for plans; 2) legal status of the plans and thus needing workers' consent and managers' approval can create tension, conflict and delays; 3) limited input and thus little fruitful inference in meetings; and yet 4) they can be called to account for plans (in spite of being empty handed and having little control). Over time, according to these stakeholders, the new directions in decision-making in RTW planning were in the way, and can even be counterproductive regarding increased tension between the stakeholders to achieve the RTW mandate. In particular in complex cases, these stakeholders might not know what to do to get workers and managers perspectives on the plan in RTW. Involving various stakeholders is a complex process that asks for space to precisely shape adjusting RTW planning to

the situation, which is not a fixed moment in which all stakeholders must be at the table.

What we saw is *that all* stakeholders who were expected to execute the reformed bipartite agreed-upon RTW policy struggled with it in practice. They found this policy not workable to effectively deal with capricious processes, including unpredictable recovery process and unexpected health issues in varying cases of RTW they met in practice.

Discussion and conclusion

Chapter 6 provides an overview of the main results and a discussion of the results. As well, the strengths and limitations of this thesis are considered and recommendations for future policy and practice are provided. This study showed that in the specific setting of BC Healthcare the result of bipartite policy formulation does not support the practice that contains complex and contextual work disability problems according to the stakeholders. The results imply that the created RTW policy should permit more space allowing executors of the policy to operate more flexible to steer daily RTW practice. In addition, professionals should be more professional to complete their huge responsibility to achieve the return-to-work mandate given.

Early intervention is an important aspect of contemporary approaches to RTW support. To prevent mild symptoms developing into more severe and permanent ones and to allow access to appropriate return-to-work support when receiving a medical diagnosis is regarded as crucial. The expectation that workers and managers, together with occupational health professionals come to a full analysis of the problems underlying practical difficulties and, moreover, in accordance with each other settle on care and support services in early interventions might be too high.

In an attempt to guarantee workers' right for protection, the trade unions emphasized the importance of formal procedures to guide stakeholders through the RTW trajectory. Those procedures however, appear to hamper the RTW trajectories: they do not allow for adaptations needed in practice to accommodate individual workers in varying circumstances.

Therefore we conclude that a bipartite policymaking approach may not function and that might not get us very far for addressing work disability; however other studies in this and different contexts are needed.

In this thesis on the interpretation and transformation of rules regarding return to work, we demonstrate the limited reach of policy in practice due to various reasons which offer handles for policy makers to consider in policy formulation. In policy for-

mulation a balance in programming must be found with respect to space on the one hand and enhanced professionalism on the other hand towards supporting early RTW, or work reintegration after work disability with sickness absence, which is considered necessary to support workers' health and social inclusion.

Samenvatting

Is bipartiet overeengekomen arbeidsre-integratie beleid ook werkbaar? Een beleids-evaluatie gebaseerd op ervaringen van belanghebbenden in Canadese gezondheidszorginstellingen.

In dit proefschrift verkennen we of de verschillende belanghebbenden ervaren dat bipartiet overeengekomen arbeidsre-integratiebeleid in Canadese gezondheidszorginstellingen succesvol is.

Arbeidsre-integratie na ziekteverzuim wordt in Canada in toenemende mate als noodzakelijk beschouwd om de gezondheid van werknemers te bevorderen en hun voor de arbeidsmarkt te behouden, oftewel de sociale inclusie te bevorderen. De ambitie is om werknemers met uiteenlopende arbeidsbeperkingen zoveel mogelijk te ondersteunen zodat zij in staat zijn weer op de werkplek te functioneren en hen te motiveren richting arbeid. Een juiste medische diagnose wordt als cruciaal verondersteld om verergering van milde symptomen en blijvende beperkingen te voorkomen en om de juiste ondersteuning te kunnen selecteren.

'*Disability management*', het beleid in organisaties dat zich richt op werknemers met ziekte en beperkingen, is tegenwoordig gericht op snelle interventie. In de gezondheidszorg in British Columbia, Canada, is de keuze gemaakt om werkgevers en werknemers vertegenwoordigers te betrekken in de ontwerpfase van beleid, de zogenaamde bipartiete structuur. De gedachte hierachter is dat als belangentegenstellingen tussen werkgevers en werknemers al in de ontwerpfase van beleid overbrugd worden, de uitvoering beter zal verlopen.

Dit brengt ons naar waar deze dissertatie over gaat namelijk het evalueren van het bipartiet overeengekomen arbeidsre-integratiebeleid, dat werd geïmplementeerd in de gezondheidszorg in British Columbia, Canada. De gezondheidszorg is een geschikte sector om arbeidsre-integratiebeleid te onderzoeken omdat werknemers in de gezondheidszorg een groter arbeidsongeschiktheid risico lopen in vergelijking met andere sectoren.

In dit bipartiet overeengekomen beleid is overeengekomen dat de *disability management* medewerker verantwoordelijk is voor het opstellen van een re-integratieplan voor een individuele werknemer die zich heeft ziek gemeld. De *disability management* medewerker is verplicht dat te baseren op medisch advies en heeft tot taak om andere belanghebbenden (werknemer, werkgever, en vakbondvertegenwoordiger - in Canada is deze laatste groep betrokken bij arbeidsre-integratie) daarin te betrekken

en met hen tot overeenstemming te komen over de koers van het plan. Vervolgens heeft de *disability management* medewerker tot taak te monitoren of het plan conform de afspraken wordt uitgevoerd waarin hij/zij is verplicht te (her-)overleggen met de belanghebbenden, indien gaandeweg wijzigingen van het plan nodig zijn.

Een basisonderscheiding van het beleidsproces die vaak gebruikt wordt is het opstellen van de beleidsagenda, ontwerpfase, implementatie van beleid en een beleidsevaluatie. Ons onderzoek richt zich op de implementatiefase van beleid, ofwel beleidsuitvoeringonderzoek.

Om gedetailleerd inzicht in de perspectieven van belanghebbenden met betrekking tot het bipartiete ontwikkelde arbeidsre-integratiebeleid te verkrijgen hebben we gebruik gemaakt van kwalitatieve onderzoeksmethoden. Daarbij werd een sociaal-constructivistische onderzoeksbenadering gehanteerd.

Onze onderzoeksvragen richtten zich op hoe de verschillende belanghebbenden het arbeidsre-integratiebeleid ervaren en daarvoor deden we vier studies:

- Hoe waarderen de verschillende groepen belanghebbenden het arbeidsre-integratiebeleid in de gezondheidszorgsector in British Columbia, Canada? (studie 1)
- Hoe beleven de werknemers hun nieuwe rol in arbeidsre-integratietrajecten en in hoeverre waarderen ze het nieuwe beleid? (studie 2)
- Hoe beleven de werkgevers, hier direct leidinggevenden of afdelingshoofden, hun nieuwe rol in arbeidsre-integratietrajecten en in hoeverre waarderen ze het nieuwe beleid? (studie 3)
- Hoe beleven de re-integratie '*professionals*', hier *disability management* medewerkers en vakbondsvertegenwoordigers, hun nieuwe rol in arbeidsre-integratietrajecten en in hoeverre waarderen ze het nieuwe beleid? (studie 4).

Ten behoeve van de verkenning van de uiteenlopende betekenissen die de verschillende belanghebbenden toekennen aan het arbeidsre-integratiebeleid (beleidsmakers, beleidsuitvoerders, en 'de doelgroep') is een empirische studie uitgevoerd (**hoofdstuk 2**). De resultaten geven inzicht in de verschillende perspectieven op de oorzaak van arbeidsongeschiktheid, en op de benodigde oplossingen. Beleidsmakers, zo bleek uit de maatregelen die zij opstelden, vonden zowel de werkomgeving, aanpassingen op de werkplek en het (re-) organiseren van werkprocessen, als individuele gedragsverandering van belang. Beleidsuitvoerders (re-integratieprofessionals) zijn vooral gericht op verandering van het individu. De doelgroep (de werknemers) daarentegen vond juist maatregelen ter verandering van de werkomgeving, aanpassingen op de werkplek en het (re-)organiseren van werkprocessen van belang. Bij de bepaling van de effectiviteit van het arbeidsre-integratiebeleid richtten beleidsmakers zich op verschillende uitkomstmaten zoals ziekmelden, ziekteverzuimduur, kosten en tevredenheid. Beleidsuit-

voerders richtten zich op het verminderen van de verzuimduur. De ervaringen van de doelgroep (de werknemers) waren dat de interventies wel oplossingen op de korte termijn boden maar tekortschoten met betrekking tot de benodigde ondersteuning van duurzame arbeidsre-integratie.

Gezien de ervaren tekortkomingen van het arbeidsre-integratiebeleid in de geselecteerde plattelands locatie, selecteerden we in het tweede deel van de studie een stedelijke locatie, die in de provincie British Columbia gezien wordt als meest toonaangevende locatie voor wat betreft de onderhandelingen over collectieve arbeidsovereenkomsten en arbeidsre-integratiebeleid in de gezondheidszorgsector. Ook in dit vervolgonderzoek hebben we de perspectieven van belanghebbenden op de implementatie van het bipartiet overeengekomen beleid geanalyseerd. We zijn daarin dieper ingegaan op de achtergronden van de perspectieven van de verschillende belanghebbenden.

Op de eerste plaats hebben we bestudeerd hoe het arbeidsre-integratiebeleid ervaren werd door de doelgroep (de werknemers) en hoe het uitvoeren en aanpassen van overeengekomen arbeidsre-integratieplannen ging (**hoofdstuk 3**). De resultaten laten zien dat volgens de werknemers de betrokkenheid van beleidsmakers vanuit beide groepen belanghebbenden in de ontwerpfase van het beleid niet leidde tot verbetering van de arbeidsre-integratiepraktijk. Werknemers wisten niet goed hoe ze zich moesten ziekmelden, worstelden met de verwachting om mee te denken op het moment dat ze hun ziekte en hersteltraject nog niet konden overzien en ze vonden dat arbeidsre-integratie op zo een manier niet haalbaar was. Werknemers kregen maar moeilijk erkenning voor de door hun ervaren problemen tijdens arbeidsre-integratie en vonden dat de re-integratieprofessionals die geacht werden hen te ondersteunen, het niet voor elkaar kregen de re-integratieplannen op een juiste manier aan te passen. Na verloop van tijd voelden werknemers zich in een hoek gedrukt en vonden ze dat ze geen invloed kregen op hun arbeidsre-integratietraject.

Op de tweede plaats hebben we bestudeerd hoe het arbeidsre-integratiebeleid ervaren werd door de werkgevers en hoe het uitvoeren en aanpassen van overeengekomen arbeidsre-integratieplannen ging (**hoofdstuk 4**). De resultaten laten zien dat volgens de werkgevers de arbeidsre-integratie procedures en het dagelijkse werk dat ze moeten doen niet aaneensluiten. Ten eerste herkenden we dat werkgevers zichzelf als spil zagen tussen de werknemer en de werkomgeving. Desondanks voelden de werkgevers zich in de voorbereidingsfase van een arbeidsre-integratieplan niet gehoord door de andere belanghebbenden. In de uitvoeringfase van een re-integratieplan worstelden de werkgevers met onverwachte arbeidsbeperkingen van de werknemer en hadden ze moeite om plannen aangepast te krijgen. Arbeidsbeperkingen waren bijvoorbeeld werkstress, wanneer de werkeisen de mogelijkheden van de werknemer om hier goed mee om te gaan of er controle over te krijgen te boven gingen.

Het ging dan om eisen met betrekking tot het waarborgen van de kwaliteit van zorg in combinatie met het nakomen van een overeengekomen arbeidsre-integratieplan. Als gevolg hiervan voelden werkgevers zich overvraagd bij het mogelijk maken van arbeidsre-integratie van hun werknemers met arbeidsbeperkingen. De werkgevers argumenteerden dat zij uiteindelijk niet de schuld zouden moeten krijgen als ze re-integratieplannen niet precies opvolgen en verder vonden zij dat de doelen arbeidsre-integratie en het leveren van goede gezondheidszorg zo niet goed verenigbaar waren.

Op de derde plaats hebben we bestudeerd hoe het arbeidsre-integratiebeleid ervaren werd door de re-integratieprofessionals, dus *disability management* medewerkers en vakbondvertegenwoordigers (beleidsuitvoerders) en hoe het uitvoeren en aanpassen van overeengekomen arbeidsre-integratieplannen ging (**hoofdstuk 5**). In de Canadese praktijk zorgen vakbondvertegenwoordigers dat de rechten van werknemers in acht worden genomen door de werkgever. De resultaten laten zien dat volgens de re-integratieprofessionals het organiseren van overleg om inbreng te creëren hun onvoldoende garantie gaf dat de re-integratieplannen daadwerkelijk praktisch beter haalbaar waren. Deze belanghebbenden ondervonden vier typen problemen met betrekking tot arbeidsre-integratie: 1) de keuze van het tijdstip en de inhoud van medisch advies door artsen vormen geen betrouwbare basis voor de re-integratieplannen; 2) juridische 'status' van het plan en de daarvoor benodigde toestemming van de werknemer en akkoord van de werkgever kunnen spanning, conflict en vertraging opleveren; 3) beperkte inbreng en daarom weinig vruchtbare uitwisselingsmomenten; 4) ze kunnen ter verantwoording worden geroepen (ondanks dat ze met lege handen staan en weinig controle hebben). Na verloop van tijd, bleek meestal dat het gezamenlijk overeengekomen re-integratieplan niet aansloot op de veranderde situatie en grillige processen tijdens arbeids-re-integratie. Met name in complexe situaties wisten deze belanghebbenden niet wat ze moesten doen om de verschillende perspectieven van de werknemer en werkgever te verwerken in het re-integratieplan. Vervolgens kon, volgens deze belanghebbenden, het idee dat het aanpassen van het arbeidsre-integratieplan alleen op basis van gezamenlijke besluitvorming tussen werknemer en werkgever (en -onder begeleiding van re-integratieprofessionals) mag geschieden de re-integratie in de weg zitten en zelfs contraproductief zijn. Het betrekken van verschillende belanghebbenden is een complex proces waarbij beslissingsruimte nodig is (ook met betrekking tot het moment van aanpassing) om het plan zo in te vullen dat het bij de individuele situatie past, en dit conflicteert met de eis van een vast overlegmoment tussen alle belanghebbenden.

Kortom, de resultaten laten zien dat alle belanghebbenden die het hervormde bipartiet overeengekomen arbeidsre-integratiebeleid moeten uitvoeren, er in de praktijk mee worstelen. Zij vinden het nieuwe beleid onwerkbaar en niet effectief omdat het onvoldoende oog heeft voor de grillige processen tijdens verzuim en arbeidsre-

integratie, zoals de onvoorspelbare herstelprocessen en onverwachte gezondheidsproblemen.

Discussie en conclusie

Hoofdstuk 6 geeft een overzicht van de belangrijkste bevindingen en bediscussieert de resultaten. Verder bespreken we de kracht en beperkingen van het onderzoek en komen aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en voor de praktijk aan de orde. Deze studie laat zien dat in een specifieke locatie, namelijk de gezondheidszorgsector in Britisch Columbia, Canada, het bipartiet overeengekomen arbeidsre-integratiebeleid het uitvoeringsproces niet goed ondersteunt. Processen rondom ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn volgens de belanghebbenden uiterst complex en contextgebonden, terwijl regels en procedures in het bipartiet-overeengekomen arbeidsre-integratiebeleid juist sterk gestandaardiseerd zijn. Het beleid geeft met andere woorden onvoldoende beslissingsruimte aan uitvoerders (en de doelgroep), terwijl beleidsuitvoerders flexibel moeten kunnen handelen, om de dagelijkse praktijk rond arbeidsre-integratie te kunnen sturen. Dat geeft de uitvoerders wel een grotere verantwoordelijkheid in het begeleiden van het arbeidsre-integratie proces. Om die flexibiliteit te kunnen hanteren is het dan ook nodig dat re-integratieprofessionals de professionaliteit van hun handelen verbeteren.

Vroeg interveniëren na ziekmelden is een belangrijk aspect van de huidige aanpak om arbeidsre-integratie te ondersteunen. Zoals reeds gezegd, wordt een juiste medische diagnose als cruciaal verondersteld om verergering van milde symptomen en blijvende beperkingen te voorkomen en om de juiste ondersteuning te kunnen bepalen. De verwachting dat werknemers en werkgevers, samen met *disability management* medewerkers en vakbondsvertegenwoordigers tot een volledige analyse van onderliggende praktische problemen kunnen komen en - in samenspraak met elkaar - definitief regelen wat benodigde zorg en ondersteuning bij vroeg interveniëren behoeft is wellicht te hoog gegrepen.

In een poging om rechten van werknemers te beschermen, benadrukken werknemersvertegenwoordigers het belang van formele procedures. Deze procedures blijken echter het arbeidsre-integratietraject te hinderen: ze staan niet toe om in de praktijk benodigde aanpassingen te realiseren om gerichte ondersteuning van individuele werknemers in verschillende situaties mogelijk te maken.

Daarom concluderen wij dat een bipartiete aanpak van arbeidsre-integratie, waarbij zowel werkgevers als werknemers vertegenwoordigd zijn in de ontwerpfase van het beleid, niet goed genoeg functioneert en dat het onvoldoende helpt om grip en controle te krijgen op ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Vervolgonderzoek in

deze en andere institutionele contexten is nodig om beter zicht te krijgen op hoe arbeidsre-integratie dan wel verbeterd kan worden.

In deze dissertatie is onderzocht hoe beleid in de praktijk geïnterpreteerd en getransformeerd wordt. Daarmee leveren wij handvatten voor beleidsmakers in de beleidsontwerpfase. In de beleidsontwerpfase zal een balans gevonden moeten worden tussen enerzijds het reguleren van het uitvoeringsproces en anderzijds het geven van ruimte aan beleidsuitvoerders (werkgevers en re-integratieprofessionals). Voor dat laatste is vertrouwen in re-integratieprofessionals (*disability management professionals*, vakbondsvertegenwoordigers) nodig; dergelijk vertrouwen kan worden bevorderd door de professionaliteit van het handelen te vergroten. Dat wil zeggen dat er aandacht moet komen voor scholing van re-integratieprofessionals, gericht op verheldering van en reflectie op verschillen in keuzes en argumenten in gezamenlijke besluitvormingsprocessen in re-integratie begeleiding voor werknemers met een uiteenlopende arbeidsbeperking. Het op deze wijze aanpassen van beleid zou vervolgens een steuntje in de rug kunnen zijn om het doel van arbeidsparticipatie te bereiken, wat als noodzakelijk wordt beschouwd om de gezondheid van werknemers en sociale inclusie te bevorderen.